

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wie waren die Schmerzen unmittelbar nach der Behandlung? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie haben sich die Schmerzen seit der letzten Therapiesitzung entwickelt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Am Anfang der Therapie (vor der 1. Behandlung) hatten sie auf der Skala 100 % Schmerzen (entspricht „10“ auf der Skala). Bitte bestimmen sie den Schmerzgrad aktuell von heute!

\* keine Schmerzen

\* Schmerzen vor Therapiebeginn

0 *	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 *
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

Gab es nach der letzten Therapiesitzung Nebenwirkungen oder Beschwerden?  Ja  Nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Sind neue Schmerzen aufgetreten oder andere stärker geworden?  Ja  Nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Erhalten Sie eine krankengymnastische Behandlung?  Ja  Nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Tragen Sie bitte Ihr **Körpergewicht** \_\_\_\_\_ kg und **Körpergröße** \_\_\_\_\_ cm ein.